**Formulário de Confirmação do Representante Medtronic**

**Abertura e Dobra na Área de Vedação da Bolsa com Respirador nas Suturas – FA1286**

|  |
| --- |
| **Nome do Produto** |
| Sutura de Nylon Monofilamento Dermalon™ | Sutura de Nylon Monofilamento Monosof™Sutura de Nylon Monofilamento |
| Sutura de Polibutester Monofilamento Novafil™ | Sutura de Seda Trançada Revestida Sofsilk™  |
| Sutura de Nylon Trançada Surgilon™ | Sutura de Poliéster Trançada Não-Revestida Surgidac™  |
| Sutura de Polipropileno Monofilamento Surgipro™ | Sutura de Polipropileno Monofilamento Surgipro™ II |
| Sutura de Poliéster Trançada Revestida Ti-Cron™ | Embalagens de Sutura Personalizadas |

Conta:

Número da Conta:

Endereço:

Cidade, Estado, Código Postal:

Este formulário serve para os Representantes Medtronic documentarem as três tentativas de se comunicar com os consignatários e/ou para concluir as ações adicionais, conforme aplicáveis, para a ação corretiva em campo.

Apesar das múltiplas tentativas, a Medtronic não conseguiu obter uma confirmação do consignatário assinada para a conta indicada acima. Consulte as diretrizes no final do formulário.

Documente as tentativas de confirmação na tabela abaixo.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tentativa** | **Data** | **Método do Comunicado** | **Nome e Cargo do Contato** |
| 1 | Clique ou toque para informar uma data. | [ ] Telefone [ ] Visita ao Local[ ] E-mail[ ] Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ] Outro: | Nome:Cargo: |
| 2 |  | [ ] Telefone [ ] Visita ao Local[ ] E-mail [ ] Outro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Nome:Cargo: |

**OU**

Eu confirmo que as múltiplas tentativas não foram necessárias porque:

☐ A conta não está mais operando

☐ A conta se recusou a assinar (fornecer motivo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ Outro (fornecer detalhes) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como Representante Medtronic, eu certifico que as informações deste formulário estão, salvo melhor juízo, completas e precisas. Nome do Representante Medtronic (Impresso):

Cargo do Representante Medtronic (Impresso):

Assinatura do Representante Medtronic (Tinta): Data:

## Envie este formulário preenchido (ou perguntas respondidas) via e-mail à Medtronic para rs.fcasurgilatamssc@medtronic.com

**Diretrizes Importantes:**

* Duas tentativas documentadas (além da correspondência inicial) devem ser incluídas na tabela acima;
* Deve haver um intervalo mínimo de 7 dias corridos desde a primeira tentativa até a última tentativa para a adequação à expectativa da FDA de tentativas de boa-fé;
* Forneça o máximo de detalhes que estiverem disponíveis.